Hellyne Giselle Reis Madeira[1]
João Batista Santos Garcia[2]
Marcus Vinícius Viégas Lima[3]
Humberto Oliveira Serra[4]

Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez

Disability and factors associated with gestational low back pain

Artigo Original

Palavras-chave
Dor lombar/etiologia
Complicações na gravidez
Prevalência
Medição da dor
Questionários

Keywords
Low back pain/etiology
Pregnancy complications
Prevalence
Pain measurement
Questionnaires

Resumo

OBJETIVO: Avaliar a prevalência de lombalgia em gestantes, descrever suas principais características e fatores associados. **MÉTODOS:** Foram incluídas 269 gestantes, do primeiro ao terceiro trimestre de gestação, assistidas em um ambulatório de obstetrícia do Nordeste do Brasil. Aplicou-se um questionário no qual foram registrados dados referentes à variáveis sociodemográficas, história obstétrica e características da dor lombar. Aplicaram-se também os questionários Oswestry e Rolland Morris para avaliar a incapacidade e a escala visual analógica de dor para medir a intensidade da dor. **RESULTADOS:** A prevalência de dor lombar foi de 73% com o seguinte padrão: "em pontada" (62/31,6%), irradiação (162/82,6%), com frequência diária (105/53,5%), iniciando geralmente no período noturno (83/42,3%) quando também era mais intensa (122/62,2%), com duração em torno de 1 hora em 118 (60,2%). Foi observada melhora com o repouso (100/51%) e piora na posição ortostática ou sentada por longo tempo (86/43,9%) e com atividades domésticas (85/43,4%). Os níveis de incapacidade foram geralmente "leve" e "moderada". As variáveis infecção urinária (p=0,02) e o escore dos questionários Oswestry e Rolland Morris apresentaram associação significante com a escala visual analógica de dor. **CONCLUSÃO:** A prevalência de dor lombar entre as gestantes é alta, com características variadas. O grau de incapacidade chega a ser moderado e, nesse grupo, a presença de infecção urinária e os maiores escores de incapacidade foram associados a maior intensidade de lombalgia.

Abstract

PURPOSE: To determine the prevalence of low back pain in pregnant women and to describe its characteristics and associated factors. **METHODS:** The participants were 269 pregnant women in the first to the third trimester of pregnancy, seen at the obstetrics outpatient clinic of a University Hospital in the Brazilian Northeast. We applied a questionnaire in order to obtain data regarding socio-demographic variables, obstetric history and characteristics of low back pain, as well as the Oswestry and Rolland Morris questionnaires to assess disability and a visual analog pain scale to measure pain intensity. **RESULTS:** The prevalence of low back pain was 73%, with the following characteristics: stabbing (62/31.6%), irradiation (162/82.6%), of daily frequency (105/53.5%), usually starting at night (83/42.3%) when it was also more intense (122/62.2%), and lasting about 1 hour in 118 women (60.2%). Pain improved with rest (100/51%), worsened when the women stood or sat for a long time (86/43.9%) and when they did housework (85/43.4%). The level of disability ranged from "mild" to "moderate" in most cases. Urinary tract infection (p=0.02) and the scores of the Oswestry and Rolland Morris questionnaires showed significant association with the visual analogue pain scale. **CONCLUSION:** The prevalence of back pain among pregnant women is high, with varying characteristics. The degree of disability is usually moderate and the presence of urinary infection and higher disability scores were associated with greater intensity of low back pain.

Correspondência
Hellyne Giselle Reis Madeira
Rua Silva Jardim, 215 – Centro
CEP: 65020-560
São Luís (MA), Brasil

Recebido
02/07/2013

Aceito com modificações
17/12/2013

Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.
[1]Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.
[2]Disciplina de Anestesiologia, Dor e Cuidados Paliativos, Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.
[3]Núcleo de Pesquisa em Reabilitação Funcional e Prevenção da Saúde do Departamento de Fisioterapia, Universidade Ceuma – São Luís (MA), Brasil.
[4]Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.
Conflito de interesses: nada a declarar.

Introdução

Cuidados específicos com as incapacidades musculoesqueléticas que acometem as mulheres durante o período gestacional são cada vez mais discutidos no tema relacionado à saúde da mulher. Desta forma, todas as alterações morfofisiológicas e emocionais ocorridas durante o período gestacional que podem desencadear lombalgia têm sido preocupação constante de vários estudos[1,2].

A lombalgia é definida como toda e qualquer condição de dor ou rigidez, localizada na região inferior do dorso, situada entre o último arco costal e a prega glútea, podendo apresentar ou não irradiação para um, ou ambos os membros inferiores[3]. Esta pode manifestar-se de três formas, sendo elas: dor lombar, dor pélvica posterior ou dor combinada[4]. É importante a diferenciação entre dor lombar e dor na região da cintura pélvica, por apresentarem etiologias diferentes e necessitarem de estratégias de tratamento específicas[5].

Embora a lombalgia durante a gestação seja um sintoma bastante comum, sua etiologia ainda é desconhecida e a fisiopatologia, mal compreendida[4,6]. Alguns autores atribuem às alterações hormonais e biomecânicas, que ocorrem durante a gestação, as possíveis causas para o desenvolvimento desse sintoma[6,7]. A hipótese mais difundida é de que o aumento na flexibilidade e extensibilidade articular, promovida principalmente pela ação do hormônio relaxina, o crescimento e anteriorização do útero dentro da cavidade abdominal, somados ao aumento de peso e tamanho das mamas, contribuem para o deslocamento do centro de gravidade da gestante, no sentido posteroanterior, intensificando a curvatura lombar[8]. Todas essas alterações resultam em uma sobrecarga na musculatura lombar, levando à tensão e ao desenvolvimento de lombalgia[9]. Alguns estudos, porém, não encontraram associação entre altas concentrações de relaxina e dor lombar[6].

Destaca-se a importância de um exame físico e história clínica detalhados para excluir outras possíveis causas de dor lombar como infecção urinária, osteoporose, hérnia de disco, hemangioma vertebral, osteomielite, artrite, espondilolistese e trombose da veia femural[4,5]. A lombalgia no período gestacional tem gerado uma crescente preocupação, tanto pela grande porcentagem de mulheres acometidas quanto pela intensidade da dor e do desconforto causado[10], visto que mais de um terço das mulheres grávidas referem ser a lombalgia um fator que interfere diretamente na realização das atividades diárias, no trabalho e na vida social, podendo-se desencadear insônia, intenso estresse, perda da mobilidade lombar, pélvica e dificuldades na marcha[8]. A dor lombar é responsável por licença médica gerando despesas de seguro social por absenteísmo do trabalho durante a gravidez em diversos países[11].

Estima-se que ocorra em metade das gestantes, principalmente a partir do terceiro trimestre[9,12], e a frequência é mais elevada quando a mulher apresenta essa queixa antes da gravidez, podendo perdurar no período pós-parto[11]. Em estudos realizados em algumas maternidades do Brasil, a prevalência encontrada foi de 48 a 83%[10,13].

Apesar de ser um sintoma bastante comum durante a gestação, apresentando alta prevalência e ser tema de estudo em diversos países, o que tem se observado é que esse problema tem sido negligenciado, sendo considerada por muitos profissionais da área da saúde como um desconforto comum na gestação, que não necessita de medidas de prevenção ou de alívio. Desta forma, é necessário que ocorra a desconstrução desse pensamento entre os profissionais de saúde que trabalham com a gestante, pois acredita-se que a equipe multiprofissional, atuando conjuntamente, poderá trazer resultados eficientes no tratamento desse sintoma[2,8,14-16].

O presente trabalho teve como objetivo estimar a prevalência de lombalgia, descrever as principais características desse sintoma; identificar fatores desencadeantes e agravantes da lombalgia na gestação; verificar a associação entre a escala visual analógica de dor com dor lombar antes da gestação, infecção urinária, sedentarismo, número de gestações e verificar o grau de incapacidade entre as gestantes assistidas no ambulatório de obstetrícia.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal analítico, com uma amostra não probabilística por conveniência, com 269 gestantes do 1º ao 3º trimestre de gestação, atendidas no Ambulatório de Obstetrícia do Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil, em São Luís (MA), no período de maio de 2010 a Fevereiro de 2011.

O critério de inclusão foi a aceitação para participação na pesquisa. Os critérios de exclusão foram: diagnóstico prévio de doença específica na região da cintura pélvica e/ ou lombar levando a dor ou limitações das atividades da vida diária.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Utilizaram-se como instrumento de coleta três questionários: um especificamente elaborado para a pesquisa, o de Incapacidade de Oswestry (QIO)[17], o de Rolland Morris (QRM)[18] e a Escala Visual Analógica de dor (EVA).

A primeira parte do questionário era de identificação, contendo dados antropométricos, sociodemográficos e relacionados a lombalgia na gestação (idade, procedência, altura, peso anterior e atual da gestante, cor, estado civil, profissão, renda familiar, escolaridade, doenças prévias como diabetes,

hipertensão, obesidade, dor lombar antes da gestação, história obstétrica prévia, ter sido submetido à anestesia, idade gestacional, ser fumante, infecção urinária (autorrelato), presença ou não de lombalgia e suas características).

O "Questionário de Incapacidade de Oswestry" é uma ferramenta utilizada efetivamente para investigar a presença de lombalgia, bem como a interferência desta sobre as atividades diárias. Foi validado para a língua portuguesa, no Brasil, em pacientes com dor lombar[17]. É composto por dez sessões de perguntas com seis alternativas cada. Para cada alternativa, existe um escore correspondente que variava de 0 a 5 pontos, de acordo com a intensidade e gravidade da dor e comprometimento da coluna lombar. Inicialmente, foram somados os pontos de todas as sessões (10 sessões; cada sessão vale no máximo 5; escore máximo 50 que representa 100%). Em seguida, com a soma de todos os pontos de cada questionário foi feita a porcentagem dessa soma. Quanto maior a porcentagem obtida, pior é o estado de saúde da coluna da gestante. Outro indicador importante obtido com esse questionário é a possibilidade de identificar com confiança de até 90% o estado clínico da coluna lombar. Para que seja considerado que existe uma mudança detectável mínima, são necessários 15 pontos[19].

O questionário de Rolland Morris é específico para medir a incapacidade funcional provocado pela lombalgia e permite uma avaliação indireta da qualidade de vida das mulheres. Instrumento validado no Brasil[18], composto por 24 questões dicotônicas (sim ou não), relacionadas ás atividades diárias, dor e função. Para cada questão afirmativa, é atribuído 1 ponto. O escore final é determinado pela somatória dos valores obtidos, em que o mínimo e o máximo são "0" e "24", respectivamente. Nesse questionário, o ponto de corte é o escore "14", ou seja, acima desse valor as gestantes são classificadas como incapacitadas funcionalmente[20].

Para avaliar a intensidade da dor, utilizou-se a EVA de dor, que gradua a intensidade da dor em intervalos de zero (0) a dez (10), em que zero indica a ausência de dor e dez, a pior dor possível[21].

Após a conferência e digitação dos dados (Microsoft® Acces 2007), os mesmos foram analisados nos programas de *software* Stata versão 7.0 e SAS® System, versão 6.11 (SAS Institute, Inc., Cary, North Carolina).

A normalidade das variáveis idade, altura, peso anterior, peso atual, índice de massa corporal (IMC), renda familiar e idade gestacional foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Assim, somente o IMC apresentou distribuição normal ($p \geq 0,05$); aquelas que não apresentaram foram expressas em mediana e amplitude interquartil.

A análise descritiva foi apresentada em tabelas de frequência absoluta (n) e relativa (%) para dados categóricos e pela média±desvio-padrão para dados numéricos.

Visando identificar as variáveis desencadeantes e agravantes da lombalgia durante a gestação, foi realizada uma análise bivariada associando individualmente cada variável sócio-demográfica e gestacional com lombalgia. Para comparação de dados numéricos, foi utilizado o teste *t* de Student para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney (não paramétrico). A homogeneidade da variância foi avaliada pelo teste de Levene; e para comparações de dados categóricos, foi aplicado o teste do χ^2. A relação entre a escala visual analógica de dor e variáveis dor lombar antes da gestação, infecção urinária, sedentarismo, número de gestações, Questionário Oswestry e Questionário Rolland Morris foi analisada pelo teste de Mann-Whitney e pelo coeficiente de correlação de Spearman. O critério de determinação de significância adotado foi o nível de 5%.

Resultados

Foram incluídas no estudo 269 gestantes assistidas no ambulatório de Obstetrícia do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, em São Luís (MA), no período de maio de 2010 a fevereiro de 2011. A maioria era procedente da cidade de São Luís, jovens entre 20 e 29 anos, casadas, donas de casa, pardas, nível de escolaridade até

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes com lombalgia assistidas ambulatorialmente

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
15 a 19	46	17,1
20 a 29	163	60,6
30 a 39	57	21,2
>40	3	1,1
Estado civil		
Casada	164	61,0
Solteira	93	34,6
Divorciada/viúva	12	4,4
Profissão		
Do lar	187	69,5
Vendedora	27	10,1
Outras	55	20,4
Cor		
Branca	46	17,1
Parda	166	61,7
Preta	57	21,2
Escolaridade		
Analfabeta	2	0,7
Ensino Fundamental	44	16,4
Ensino Médio e Superior	223	82,9
Renda familiar (salário mínimo)		
<1	25	9,3
1–2	183	68,1
>2	61	22,6

Tabela 2. Caracterização da dor lombar nas gestantes assistidas ambulatorialmente

Variáveis	n	%
Irradiação		
Não	34	17,5
Sim	162	82,6
Intensidade		
Leve	45	22,9
Moderada	114	58,2
Intensa	37	18,9
Frequência		
Diária	105	53,5
Semanal, quinzenal ou rara	91	46,50
Início da dor		
Manhã	55	28,1
Tarde	58	29,6
Noite	83	42,3
Mais intensa		
Manhã	26	13,3
Tarde	48	24,5
Noite	122	62,2
Duração da dor		
≤1 hora	118	60,2
2 horas	28	14,3
>3 horas	50	25,5
Melhora a dor		
Repouso	100	51,0
Medicamentos	30	15,3
Massagens locais	65	33,2
Algum exercício físico específico	1	0,5
Piora a dor		
Sentada ou em pé	85	43,4
Atividades domésticas	86	43,9
Vícios posturais	18	9,2
Outro	7	3,5

o ensino médio e renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos (Tabela 1).

Vale ressaltar que 83 grávidas relataram dor lombar prévia à atual gestação (30,9%). Entre os antecedentes, o número de abortos foi de 45 (16,7%), de cesarianas 57 (21,2%), e de partos normais foi de 89 (33,1%). Quanto à caracterização da história obstétrica das gestantes da amostra, 156 (79,6%) gestantes não apresentavam infecção urinária no período que coincidiu com a dor lombar.

Entre as gestantes, 196 (73%) referiram sentir dor lombar em algum período da gestação. Entre as gestantes que relataram dor, 99 (50,5%) apresentaram dor lombar em gestações anteriores à atual.

O início da dor lombar foi no 2º trimestre em 82 (41,8%) gestantes. Na escala visual analógica de dor, observou-se uma média de intensidade em torno de 7 (6,75), segundo o escore relatado pelas gestantes.

O tipo da dor mais citado pelas gestantes foi "em pontada", em 62 (31,6%). Observou-se que a dor lombar apresentou irradiação em 162 (82,6%) das gestantes, distribuídas da seguinte forma: nádegas (n=34; 17,3%), abdome (n=46; 23,5%), coxa (n=65; 33,2%) e perna (n=96; 49,0%).

A frequência com que a dor ocorreu foi diária em 105 (53,5%) casos, e o período do dia citado como o de maior frequência de início da dor foi o noturno em 83 (42,3%) pacientes. Vale destacar que a dor lombar foi considerada mais intensa nesse período (n=122; 62,2%). Quanto à duração da dor, a grande maioria (n=118; 60,2%) das grávidas citou que a mesma perdurava menos em torno de 1 hora.

Com relação aos fatores de melhora, o repouso foi o mais citado pelas gestantes 100 (51,0%). Entre os fatores

Tabela 3. Análise da escala analógica visual de dor segundo subgrupos de interesse

Subgrupos	Categoria	n	Média	DP	Mediana	Valor p
Dor lombar antes da gestação	Sim	99	6,7	2,1	7	0,9*
	Não	97	6,8	1,9	7	
Infecção urinária	Sim	40	7,3	2,1	8	0,02*
	Não	156	6,6	1,9	7	
Sedentarismo	Sim	117	6,8	1,9	7	0,9*
	Não	78	6,8	2,0	7	
Nº de gestações	Nenhuma	73	6,7	1,8	7	
	Uma	65	6,9	2,2	7	0,5*
	2 ou +	58	6,7	2,0	7	
QIO – incapacidade	Mínima	102	6,3	1,9	7	
	Moderada	77	7,3	1,9	8	0,0001**
	Intensa	13	8,0	1,4	8	
QRM – incapacidade	Leve	113	18,8	8,8	16	
	Moderada	60	8,57	3,8	8	0,003**
	Intensa	12	2	1,1	1,5	

*Teste de Mann-Whitney ou ANOVA de Kruskal-Wallis; **Correlação de Spearman.
DP: desvio-padrão; QIO: Questionário de Incapacidade de Oswestry; QRM: Questionário de Rolland Morris.

de piora da dor, foram citadas a posição ortostática ou sentada por longo tempo 86 (43,9%) e atividades domésticas 85 (43,4%). Ainda, 123 (62,8%) gestantes relataram que suas atividades domésticas já tinham sido impedidas, em algum momento, pela lombalgia (Tabela 2).

A análise bivariada da associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, raça, renda familiar, profissão) e gestacionais (antecedentes obstétricos e IMC) com a lombalgia não mostrou nenhuma associação relevante.

Para verificar a associação significativa entre o escore médio de dor lombar pela EVA com as variáveis dor lombar antes da gestação, infecção urinária, sedentarismo, número de gestações, QIO e QRM, observou-se pelo teste de Mann-Whitney que o subgrupo com infecção urinária ($p=0,028$) apresentou escore de dor significativamente maior que o subgrupo sem infecção urinária (Tabela 3).

Quanto à relação entre o escore da EVA e de QIO e QRM pelo coeficiente de correlação de Spearman, observou-se que existe correlação direta significativa entre a EVA de dor com o escore do QIO ($r_s=0,39$; $p=0,0001$; $n=194$) e com o escore do QRM ($r_s=0,21$; $p=0,003$; $n=195$). Ou seja, que quanto maior o escore da EVA de dor, maior o valor esperado dos escores do QIO e do QRM. A associação da EVA de dor com o escore QIO foi mais forte que com o escore QRM. Além disso, observou-se que existe correlação direta significativa entre os escores do QIO e QRM ($r_s=0,44$; $p=0,0001$; $n=194$), de grau moderado.

Discussão

A lombalgia gestacional é uma queixa bastante comum enfrentado pela mulher na gravidez, embora seja considerada por muitos profissionais da saúde como um desconforto inerente ao período gestacional que não requer medidas preventivas ou de alívio, pois desapareceria espontaneamente após o parto. Entretanto, a literatura mostra que esse sintoma representa um sério problema enfrentado por muitas mulheres durante esse período[20].

A prevalência de gestantes com dor lombar neste estudo foi de 73%. Os resultados são semelhantes aos de outros estudos, inclusive realizados no Brasil que mostraram uma prevalência em torno de 48 a 83%[10,13].

Neste estudo, as gestantes referiram dor lombar iniciada mais frequentemente no segundo trimestre. Em um artigo de revisão, autores encontraram relatos desde o terceiro até o sétimo mês gestacional[22], pois nesse período se intensifica a sobrecarga nos músculos e ligamentos da coluna vertebral, além da ação de hormônios como o estrogênio e a relaxina sobre os ligamentos das articulações pélvicas. Contrariamente, em um estudo realizado no estado de São Paulo em gestantes assistidas pelo Programa de Pré-Natal do Ambulatório Municipal, do primeiro ao terceiro trimestre de gestação, alguns autores observaram que a maioria das gestantes apresentou o início de dor lombar no terceiro trimestre, e com menor frequência no segundo trimestre[1].

A gravidez predispõe a maior incidência de infecção urinária que representa a terceira intercorrência clínica mais comum nesse período, acometendo de 10 a 12% das gestantes. A infecção urinária pode ser responsabilizada por várias complicações da gravidez[23]. E a lombalgia pode ser a única manifestação clínica de uma infecção de trato urinário superior. Neste estudo, observamos que 79,6% das gestantes entrevistadas relataram ausência de infecção urinária associada à dor lombar. Esse resultado demonstrou que, na maioria dos casos, a lombalgia referida pelas entrevistadas não era de causa infecciosa[9]. Entretanto, observou-se que as gestantes com infecção urinária apresentaram dor lombar mais intensa. Um estudo realizado demonstrou associação significante entre a presença de infecção urinária e a queixa de lombalgia, sendo esta a principal sintomatologia referida pelas gestantes com diagnóstico confirmado de infecção do trato urinário (ITU)[24].

Pacientes com história de lombalgia gestacional prévia ou dor lombar previamente à primeira gravidez apresentam maior risco de apresentar esses sintomas durante a gestação atual, sendo também frequentemente mais intensa que entre as gestantes que não apresentaram essa história pregressa[25]. Entretanto, Sihvonen et al.[26] destacam que a dor lombar prévia à gestação está associada com o desenvolvimento da lombalgia gestacional, mas não constitui um fator preditor para a intensidade ou índice de incapacidade. Neste estudo, observou-se que metade das gestantes que apresentaram dor lombar já apresentava esse sintoma antes da atual gestação. Mann et al.[27] afirmam, porém, que uma gravidez prévia sem dor não é um indicativo de menor risco de dor na gestação seguinte.

As características da lombalgia gestacional são bastante variadas. Frequentemente são moderadas, mas podem ser intensas a ponto de se tornarem incapacitantes. As gestantes geralmente citam a dor lombar de intensidade moderada, do tipo surda que pode continuar após o parto, porém com menor intensidade[25]. Neste estudo, as gestantes descreveram com maior frequência a dor lombar: de intensidade moderada, “em pontada”, com média em torno de sete, segundo a EVA de dor. A intensidade e a duração da dor são bastante variáveis ao longo da gravidez, na mesma gestante e, em geral, de uma gravidez para outra[28]. Neste estudo, a maioria das gestantes relatou a dor lombar com frequência diária e duração de pelo menos uma hora.

Observou-se neste trabalho que há associação significante entre os escores de dor e a incapacidade relatada pelas gestantes. Mais da metade das gestantes entrevistadas (62,8%) relataram que a dor lombar já as tinham

impedido de realizar suas atividades domésticas em algum momento, fato este relevante, já que a grande maioria exercia essa atividade “profissional” em sua residência.

Estudos mostram que a dor apresenta intensidade e duração suficientes para afetar a qualidade de vida da gestante de alguma forma, e quando muito intensa pode interferir em suas atividades de vida diária (AVDs), como carregar objetos, limpar a casa, sentar e caminhar[29], perda da mobilidade lombar, pélvica e dificuldades na marcha[8], além do comprometimento no trabalho, gerando com frequência licença médica[15].

O aumento da lordose decorrente do processo gestacional pode resultar em estresse mecânico sobre os ligamentos e músculos, produzindo estreitamento dos forames levando, desta forma, à irradiação radicular dos nervos sensitivos[30]. Em um estudo a maioria das gestantes incluídas apresentou irradiação para os membros inferiores[10]. Neste estudo, a maioria das gestantes relatou dor com irradiação para nádegas, abdome, coxa e perna, geralmente irradiando para mais de um local.

Os dados deste trabalho confirmam estudos anteriores em que o período do dia citado como o de maior frequência de início da dor foi o noturno, sendo também o de maior intensidade. Além disso, quando questionadas sobre o incômodo durante a noite 56,6% gestantes relataram já ter acordado à noite em decorrência da dor. Esses resultados foram também observados em estudos anteriores que mostram que a dor lombar ocorre no período noturno, em mais de um terço das gestantes, contribuindo significativamente para a insônia e intenso estresse[8,31] principalmente no último trimestre gestacional[12]. Há divergências com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento da lombalgia durante a gravidez. A idade materna, número de gestações anteriores, etnia, escolaridade, classe econômica baixa, idade gestacional peso fetal[15], IMC materno e história prévia de dor são alguns dos fatores de risco analisados na literatura[1]. No entanto, neste estudo não observamos associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e gestacionais com a lombalgia na gestação.

Alguns estudos destacam as condições de vida e de trabalho da mulher gestante como contribuintes para o desenvolvimento da dor lombar. Essa queixa geralmente apresenta maior incidência entre as gestantes que apresentam categorias profissionais menos qualificadas, e as que realizam o trabalho doméstico contribuindo, assim, para maior desgaste físico e psíquico[8,32]. Neste estudo, observou-se que a dor lombar apresentou uma prevalência maior entre as gestantes que recebiam até um salário mínimo e de cor parda, resultado concordante com pesquisas que apontam ser essa queixa mais prevalente principalmente entre as gestantes de uma classe sociodemográficas menos favorecida[2,32,33].

No presente trabalho, a anestesia não demonstrou relação alguma com a dor lombar visto que a maioria relatou não ter passado por tal procedimento durante o trabalho de parto e não houve relação significante na análise bivariada. A anestesia peridural durante o parto tem aparecido como um forte fator preditivo para o desenvolvimento de lombalgia, mas os resultados ainda são controversos. Acredita-se que a relação da dor lombar com a anestesia ocorra devido à perda de reflexos articulares protetores normais somada à imobilidade, má postura e estresse físico do trabalho de parto[34].

Durante a gestação, a mulher apresenta um aumento generalizado de seu peso corporal, intensificando a dor lombar principalmente no nono mês, quando se intensifica a sobrecarga sobre as articulações devido às alterações posturais decorrentes do aumento do peso na região anterior da pélvis. O ganho de peso observado durante o período gestacional mostra a expansão de tecidos maternos como a placenta, tecido adiposo, útero e mamas, o aumento de líquido extracelular e do volume sanguíneo, a formação de líquido amniótico e ainda, o crescimento fetal[34].

Quanto ao IMC, alguns estudos mostraram que gestantes com dor lombar apresentam um índice maior quando comparadas com gestantes que não apresentavam essa queixa; o IMC acima da média também se mostrou um fator predisponente à persistência desse sintoma por seis meses após o parto. No entanto, alguns autores não encontraram qualquer relação entre o IMC e a presença de lombalgia gestacional[12], igualmente aos resultados do presente estudo.

A lombalgia gestacional apresenta-se em mulheres mais jovens, principalmente nas gestantes com idade até os 29 anos[10], possivelmente por apresentarem maior sensibilidade às alterações que ocorrem nesse período, induzidas principalmente pela ação dos hormônios relaxina e estrógenos, ou à frouxidão de colágeno mais pronunciada[32]. Esses dados corroboram este estudo, pois pode-se observar que a maioria das gestantes com lombalgia apresentou idade entre 20 e 29 anos.

Há controvérsias entre a associação da idade gestacional e dor lombar. Um estudo realizado com gestantes fez comparações entre as que se encontravam no primeiro e terceiro trimestres, pode-se observar que com o avanço da gestação ocorreram mudanças significativas na angulação lombar, aumento da anteversão pélvica e posteriorização da cabeça[35]. Desta forma, autores mostram que a frequência da dor aumenta com o decorrer da gestação, principalmente a partir do terceiro trimestre gestacional, quando a sobrecarga nos músculos e ligamentos da coluna vertebral é ainda mais intensa, devido à ação de hormônios como o estrogênio e a relaxina sobre os grandes ligamentos das articulações pélvicas, além do crescimento do útero. Entretanto, outros autores não encontraram relação entre

a prevalência da lombalgia e idade gestacional[13], como também na atual pesquisa.

O questionário Oswestry mostrou que a maioria das gestantes com lombalgia apresentou incapacidade mínima e moderada, resultados muito semelhantes aos obtidos com questionário de Rolland Morris (incapacidade leve e moderada), evidenciando que ambos têm eficácia semelhante para avaliar a incapacidade em gestantes com dor lombar. Estudos mostram que entre os escores desses dois questionários existe uma correlação significante de grau forte[17,18]. No presente estudo, a correlação entre o escore dos questionários de Incapacidade de Oswestry e Rolland Morris foi importante e de grau moderado.

A dor lombar crônica não específica raramente causa total incapacidade na pessoa para exercer as atividades do cotidiano[36,37], apesar de poder causar limitações parcial e temporariamente e, muitas vezes, de forma recorrente. Esses resultados são de extrema importância para no desenvolvimento de um plano de intervenção no período gestacional. Neste estudo, utilizamos dois instrumentos para o registro da dor autopercebida, da limitação em atividades ocupacionais e diárias decorrentes da lombalgia, os quais são de fácil aplicação, não geram custo algum e reproduzem com certo grau de confiabilidade a condição de saúde do segmento corporal analisado[18]. Além disso, não encontramos relatos de utilização desses instrumentos avaliativos em gestantes com queixas de dor lombar. Acreditamos que a utilização e interpretação adequada dessas ferramentas poderiam contribuir significativamente em melhorias durante o pré-natal implementando as possibilidades de pesquisas e intervenções clínicas.

Concluindo, a prevalência de dor lombar nas gestantes foi de 73%, com as seguintes características: “em pontada” com irradiação para nádegas, abdome, coxa e perna, de frequência diária, duração em torno de uma hora, iniciando geralmente no período noturno, onde a dor também era mais intensa. Apresentava melhora com o repouso e piora com posição ortostática ou sentada por longo tempo e atividades domésticas. Não foram encontradas variáveis preditoras independentes significantes para lombalgia na gestação. O grau de incapacidade chega a ser moderado e, neste estudo, a presença de infecção urinária e os maiores escores de incapacidade foram associados a maior intensidade de lombalgia. Desta forma, destacamos que os serviços de saúde que trabalham com a mulher gestante devem considerar a lombalgia como um sintoma que merece uma avaliação adequada, com exames específicos que possam excluir outras possíveis causas de dor lombar, e que esse sintoma necessita de tratamento específico, dadas as implicações negativas que podem causar na vida da mulher no período gestacional e puerpério.

Referências

1. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. Spine (Phila Pa 1976). 2005;30(8):983-91.
2. Wang SM, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. Obstet Gynecol. 2004;104(1):65-70.
3. Cecin HA. Coluna cervical e lombar. In: Moreira C, Carvalho MA, coordenadores. Noções práticas de reumatologia. Belo Horizonte: Health; 1996. p. 181-204.
4. Han IH. Pregnancy and spinal problems. Curr Opin Obstet Gynecol. 2010;22(6):477-81.
5. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. Pain Pract. 2010;10(1):60-71.
6. Aldabe D, Milosavljevic S, Bussey MD. Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. Eur Spine J. 2012;21(9):1777-87.
7. Rodacki CL, Fowler NE, Rodacki AL, Birch K. Stature loss and recovery in pregnant women with and without low back pain. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(4):507-12.
8. Ferreira CH, Nakano AM. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001;9(3):95-100.
9. Kalus SM, Kornman LH, Quinlivan JA. Managing back pain in pregnancy using a support garment: a randomised trial. BJOG. 2008;115(1):68-75.
10. Martins RF, Silva JL. Prevalência de dores nas costas na gestação. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(3):144-7.
11. Norén L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. Eur Spine J. 2002;11(3):267-71.
12. Kausar S, Tajammul A, Sheikh S. Backache in pregnancy. Biomedica. 2006;22(1):12-5.
13. Santos MM, Gallo AP. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. Arq Bras Ciênc Saúde. 2010;35(3):174-9.
14. Bastiaanssen JM, de Bie RA, Bastiaenen CH, Essed GG, van den Brandt PA. A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;120(1):3-14.
15. Sneag DB, Bendo JA. Pregnancy-related low back pain. Orthopedics. 2007;30(10):839-45.
16. Novaes FS, Shimo AK, Lopes MH. Lombalgia na gestação. Rev Latinoam Enferm. 2006;14(4):620-4.
17. Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. Spine (Phila Pa 1976). 2007;32(4):481-6.

18. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire-Brazil Roland-Morris. Braz J Med Biol Res. 2001;34(2):203-10.

19. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(24):3115-24.

20. Padua L, Padua R, Bondi R, Ceccarelli E, Caliandro P, D'Amico P, et al. Patient-oriented assessment of back pain in pregnancy. Eur Spine J. 2002;11(3):272-5.

21. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. J Pain. 2003;4(7):407-14.

22. Carvalho YB, Caromano FA. Alterações morfológicas relacionadas com lombalgia gestacional. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2001;5(3):267-72.

23. Barros SR. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. Rev Dor. 2013;14(2):88-93.

24. Figueiró-Filho EA, Bispo AM, Vasconcelos MM, Maia MZ, Celestino FG. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. Femina. 2009;37(3):165-71.

25. Munjin LM, Llabaca GF, Rojas BJ. Dolor lumbar relacionado al embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(4):258-65.

26. Sihvonen T, Huttunen M, Makkonen M, Airaksinen O. Functional changes in back muscle activity correlate with pain intensity and prediction of low back pain during pregnancy. Arch Phys Med Rehabil. 1998;79(10):1210-2.

27. Mann L, Kleinpaul JF, Teixeira CS, Konopka CK. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. Fisioter Mov. 2008;21(2):99-105.

28. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. 2a ed. São Paulo: Santos; 2000.

29. Pitangui AC, Ferreira CH. Avaliação fisioterapêutica e tratamento da lombalgia gestacional. Fisioter Mov. 2008;21(2):135-42.

30. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2a ed. Barueri: Manole; 2004.

31. MacEvilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy: a review. Pain. 1996;64(3):405-14.

32. Worku Z. Prevalence of low-back pain in Lesotho mothers. J Manipulative Physiol Ther. 2000;23(3):147-54.

33. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Ahmad-Shirvani M, Bagheri-Nessami M, Khalilian AR, Shayesteh-Azar M, et al. Low back pain in 1,100 Iranian pregnant women: prevalence and risk factors. Spine J. 2009;9(10):795-801.

34. Barbosa CM, Silva JM, Moura AB. Correlação entre o ganho de peso e a intensidade da dor lombar em gestantes. Rev Dor. 2011;12(3):205-8.

35. Franklin ME, Conner-Kerr T. An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. J Orthop Sports Phys Ther. 1998;28(3):133-8.

36. Garshasbi A, Faghih Zadeh S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. Int J Gynaecol Obstet. 2005;88(3):271-5.

37. Bento AA, Paiva AC, Siqueira FB. Correlação entre incapacidade, dor - Roland Morris e capacidade funcional - SF-36 em indivíduos com dor lombar crônica não específica. e-Scientia. 2009;2(1)1-18.